



## RESUME DES REFERENCES DES GUIDES DES BONNES PRATIQUES MEDICALES

### Introduction

Ceux-ci sont les résumés des références des guides des bonnes pratiques médicales (BPM) de l'Académie. Ces séries des guides des bonnes pratiques médicales ont été déterminées sur la base de 3 principes :

- Chaque modèle de bonne pratique médicale devrait être cliniquement pertinent et suffisamment spécifique pour fournir des informations utiles aux praticiens
- Chaque recommandation faite devrait recevoir un classement explicite qui montre son importance dans le processus de soin
- Chaque recommandation faite devrait recevoir un classement explicite qui montre la force de la preuve qui soutient la recommandation et reflète la meilleure preuve disponible

**Les guides des bonnes pratiques médicales ne fournissent pas des directives pour la prise en charge d'un patient particulier.** Alors qu'ils devraient généralement répondre aux besoins de la plupart des patients, ils ne peuvent répondre aux besoins de tous les patients. L'adhésion à ces à ces guides des bonnes pratiques médicales n'assurera pas un bon résultat dans toutes les situations. Ces guides des bonnes pratiques médicales ne doivent pas être considérées comme incluant toutes les méthodes de soin appropriées ni excluant d'autres méthodes de soin visant raisonnablement à obtenir les meilleurs résultats. Il pourrait être nécessaire de répondre aux besoins de patients différents par des méthodes différentes. Le praticien doit émettre le jugement final quand à l'opportunité du traitement d'un patient particulier à la lumière de toutes les circonstances présentées par ce patient en particulier. L'Académie Américaine d'Ophthalmologie est disponible pour assister ses membres à résoudre les dilemmes éthiques qui pourraient apparaître lors de la pratique ophtalmologique.

**Les guides des bonnes pratiques médicales ne sont pas des standards médicaux auxquels adhérer dans toutes les situations individuelles.** L'Académie décline spécifiquement chaque et toute réclamations pour tout traumatisme ou tout dommage quels qu'ils soient, dûs à la négligence ou autre, de même décline chaque et toute réclamations qui pourraient surgir à la suite de l'utilisation des recommandations ou autres informations contenues ici.

Pour chaque situation pathologique grave, les recommandations pour le processus de soin, incluant l'historique, l'examen physique et les tests complémentaires, sont résumées en même temps que les recommandations majeures pour la prise en charge thérapeutique, le suivi et l'éducation du patient. Pour chaque BPM, une recherche

bibliographique détaillée de PubMed et de la Cochrane Library (pour les articles en Anglais) est entreprise. Les résultats sont revus par un panel d'experts habitués à préparer les recommandations qu'ils classent selon la force de la preuve quand des preuves suffisantes existent.

Pour classer les études individuelles un score basé sur le « Scottish Intercollegiate Guideline network (SIGN) est utilisé. Les définitions et les niveaux des preuves utilisées pour classer les études individuelles sont comme suit :

- I++ : Des méta-analyses de grande qualité, revue systématique d'études randomisées et contrôlées, ou d'études randomisées et contrôlées avec un très faible risque de biais
- I+ : Des méta-analyses bien conduites, revue systématique d'études randomisées et contrôlées et ou d'études randomisées et contrôlées, avec un faible risque de biais
- I- : Méta-analyses, revue systématique d'études randomisées et contrôlées et ou d'études randomisées et contrôlées, avec un risque élevé de biais
- II++ : Revue systématique de grande qualité d'études Cas / Témoins ou de séries non randomisée de cas ; Etude de grande qualité de type Cas / Témoins ou de séries non randomisée de cas avec un risque très faible de confusion ou de biais et une forte probabilité de lien de cause à effet
- II+ : Etudes de Cas / Témoins ou de séries non randomisées de cas bien conduites, avec un risque faible de confusion ou de biais et une probabilité modérée de lien de cause à effet.
- II- : Etudes de Cas / Témoins ou de séries non randomisée de cas avec un risque important de confusion ou de biais et un risque significatif d'absence de lien de cause à effet.
- III : Etudes non analytiques (exemple : cas cliniques, série de cas)

Les recommandations pour les soins sont basées sur le corps de l'évidence. Les scores de la qualité des corps de preuves sont définis par les Grading of Recommendations Assessments, Development and Evaluation (GRADE) comme suit :

- Bonne Qualité (BQ) : les recherches ultérieures sont peu susceptibles de changer notre confiance dans l'évaluation de l'effet.
- Qualité moyenne (MQ) : les recherches ultérieures sont susceptibles d'avoir un impact important sur notre confiance dans l'évaluation de l'effet et peuvent changer cette évaluation.
- Qualité insuffisante (IQ) : Les recherches ultérieures sont très susceptibles d'avoir un impact important sur notre confiance dans l'évaluation de l'effet et vont très probablement changer cette évaluation ; toute évaluation de l'effet est très incertaine.

# RESUME DES REFERENCES DES GUIDES DES BONNES PRATIQUES MEDICALES

## Introduction *(à continuer)*

Les Recommandations clés pour le traitement sont définies par GRADE comme suit :

- Recommandation Forte (SR) : utilisée quand les effets indésirables d'une intervention sont nettement supérieurs au résultat désiré ou clairement pas
- Recommandation Facultative (DR) : utilisée quand les compromis sont moins certains, soit à cause de la faible qualité de la preuve soit parce que les effets désirables et indésirables sont équivalents

Avant 2011 Le panel Le panel a d'abord classé chaque recommandation selon sa valeur dans le processus de soin. Cette classification de la "valeur dans le processus de soin" représente le soin que le panel a considéré comme pouvant améliorer la qualité de prise en charge du patient de façon significative. La classification de la valeur est divisée en 3 niveaux.

- Niveau A, défini comme le plus élevé important
- Niveau B, défini comme modérément important
- Niveau C, défini comme pertinent mais pas fondamental

Le panel a aussi classé chaque recommandation sur la force des preuves rapportées dans la littérature disponible, pour étayer cette recommandation. La "classification de la force des preuves" est aussi divisée en 3 niveaux.

- Niveau I inclut les preuves obtenues au moins par un essai contrôlé, randomisé, bien conçu et bien conduit. Elle pourrait inclure des méta-analyses d'essais contrôlés et randomisés.
- Niveau II inclut les preuves obtenues à partir de :
  - Essais bien conçus, contrôlés, et sans randomisation
  - Des études analytiques bien conçues, de cohorte ou de cas témoins, de préférence multicentrique
  - Séries échelonnées dans le temps avec ou sans intervention
- Niveau III inclut des preuves fournies par l'un des cas suivants :
  - Etudes descriptives
  - Cas cliniques
  - Rapports d'expert comités / organisations (ex : panel du consensus des BPM, revues par un pair externe)

Cette approche antérieure, va éventuellement être abandonnée parce que l'académie a adopté les systèmes d'évaluation et de classement SIGN et GRADE.

Le but des BPM est de servir de guides dans le soin des patients reposant particulièrement sur les aspects techniques. En appliquant ces guides, il est essentiel de reconnaître que la vraie excellence médicale est atteinte quand les connaissances sont utilisées de façon à ce que les besoins du patient constituent le but essentiel. L'AAO est disponible pour assister ses membres à résoudre les dilemmes éthiques qui apparaissent lors de la pratique ophtalmologique. (AAO, Code d'Ethique)

## Chirurgie réfractive cornéenne (Evaluation Initiale et Suivi)

### Interrogatoire Initial

- Etat actuel de la fonction visuelle [A : III]
- Antécédents ophtalmologiques [A : III]
- Antécédents généraux [A : III]
- Traitement en cours [A : III]

### Examen Ophtalmologique Initial

- Acuité visuelle de loin avec et sans correction [A : III]
- Réfraction subjective au besoin sous cycloplégique [A : III]
- Vidéo topographie cornéenne [A : III]
- Mesure de l'épaisseur centrale de la cornée
- Évaluation du film lacrymal et de la surface oculaire [A : III]
- Etude de la motilité oculaire et des phories [A : III]

### Recommandations préopératoires

- Cesser le port des lentilles de contact avant l'examen préopératoire et la procédure [A : III]
- Informer les patients des risques potentiels et des avantages des différents types de chirurgies réfractives qui peuvent être utilisées [A : III]
- Remplir un document de consentement éclairé ; répondre à toutes les questions du patient avant la chirurgie [A : III]
- Vérifier et calibrer les machines avant la procédure [A : III]
- Le chirurgien doit s'assurer de l'identité du patient, du côté à opérer, et que les paramètres sont correctement entrés dans l'ordinateur du laser [A : III]

### Soins Post-opératoires

- Le chirurgien est responsable du suivi post-opératoire [A : III]
- Pour les techniques d'ablation de surface, il est recommandé d'examiner le patient le lendemain de l'intervention, puis tous les 2 à 3 jours jusqu'à ré-épithélialisation complète [A : III]
- Pour un LASIK sans incidents opératoires, il faut examiner le patient dans les 36 heures après l'intervention chirurgicale, et puis 1 à 4 semaines après l'opération. D'autres visites seront programmées par la suite en cas de besoin. [A : III]

### Education du Patient

Discuter avec le patient les risques et les avantages de la procédure prévue. [A : III] Les éléments de la discussion comprennent ce qui suit :

- Résultats réfractifs escomptés
- Amétropie résiduelle
- Eventuelle correction de loin et ou de près après l'opération
- Perte de la meilleure acuité visuelle corrigée
- Les effets secondaires et les complications (ex : la kératite infectieuse, l'inflammation de l'interface cornéenne, l'ectasie cornéenne)
- Changements dans la fonction visuelle autre que ceux appréciés par la mesure de l'acuité visuelle, comprenant l'éblouissement et les troubles de la fonction visuelle en faible luminosité
- Apparition ou aggravation des symptômes en vision nocturne (ex : éblouissement et halos). Une attention particulière devrait être accordée à cette question pour les patients avec une forte amétropie ou pour les personnes nécessitant un haut niveau de fonction visuelle dans des conditions de faible luminosité
- Effet sur les phories
- Apparition ou aggravation d'une sécheresse oculaire :
- Erosions cornéennes récidivantes
- Les limites de la chirurgie réfractive cornéenne en ce qui concerne la presbytie et la perte potentielle de la fonction visuelle non corrigée de près qui accompagne la correction de la myopie
- Avantages et inconvénients de la monovision (pour les patients en âge de la presbytie)
- Avantages et inconvénients des profils d'ablations conventionnelles et avancées
- Avantages et inconvénients de la chirurgie simultanée des deux yeux comparativement à la chirurgie séquentielle. Informer le patient qu'après une chirurgie simultanée des deux yeux la vision peut être limitée pendant un certain temps et que certaines activités, telles que la conduite, peuvent être impossibles pendant quelques semaines.
- Peut influencer la prédictibilité du calcul d'implant intraoculaire pour une éventuelle chirurgie de la cataracte ultérieure.
- Organisation des soins post opératoires (lieu et prestataires des soins)



## **Résumé De La Clause De Non-Responsabilité Dans La Traduction**

Cette traduction reflète la pratique actuelle aux États-Unis d'Amérique à la date de sa publication originale par l'Académie et peut inclure des modifications qui reflètent les pratiques nationales. L'académie américaine d'ophtalmologie n'a pas traduit cette publication dans la langue utilisée dans cette publication et décline toute responsabilité pour toute modification, erreur, omission ou autre faute possible dans la traduction. L'Académie fournit ce contenu, seulement, à des fins éducatives. Son but n'est pas de représenter la seule ou la meilleure méthode ou procédure dans chaque cas de figure, ou de remplacer le jugement d'un médecin ou de donner des conseils spécifiques pour la gestion des cas. Ce contenu ne prétend pas mentionner de manière exhaustive toutes les indications, ni contre-indications, ni effets secondaires ni les molécules substitutives pour chaque médicament ou traitement. Toutes les informations et recommandations doivent être vérifiées, avant utilisation, avec les informations actuelles figurant dans les notices incluses dans les paquets par le fabricant de la molécule ou d'autres sources indépendantes avec prise en considération de l'état du patient et de ses et des antécédents. L'Académie décline expressément toute responsabilité quant aux dommages ou autres préjudices de quelque nature que ce soit, due à une négligence ou autre et pour toute réclamation pouvant résulter de l'utilisation de toute recommandation ou autre information contenue dans ce document.

## **Summary Benchmark Translation Disclaimer**

This publication is a translation of a publication of the American Academy of Ophthalmology entitled Summary Benchmarks. This translation reflects current practice in the United States of America as of the date of its original publication by the Academy, and may include some modifications that reflect national practices. The American Academy of Ophthalmology did not translate this publication into the language used in this publication and disclaims any responsibility for any modifications, errors, omissions or other possible fault in the translation. The Academy provides this material for educational purposes only. It is not intended to represent the only or best method or procedure in every case, or to replace a physician's own judgment or give specific advice for case management. Including all indications, contraindications, side effects, and alternative agents for each drug or treatment is beyond the scope of this material. All information and recommendations should be verified, prior to use, with current information included in the manufacturers' package inserts or other independent sources, and considered in light of the patient's condition and history. The Academy specifically disclaims any and all liability for injury or other damages of any kind, from negligence or otherwise, for any and all claims that may arise from the use of any recommendations or other information contained herein.